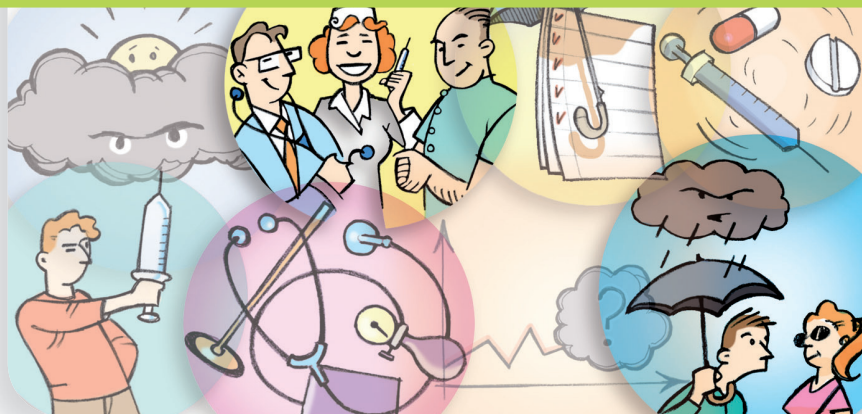


CARNET DE SUIVI

POLYARTHRITE RHUMATOÏDE



www.abbviecare.fr

* avec vous



abbvie
care



Introduction

Vous avez une polyarthrite rhumatoïde, il est nécessaire de consulter régulièrement votre rhumatologue pour le suivi de votre polyarthrite rhumatoïde et de votre traitement par anti-TNF α (biothérapie).

Lors de la consultation, vous allez devoir préciser à votre rhumatologue votre état de santé, l'évolution de votre maladie, et les possibles effets indésirables de vos traitements.

Il est important de ne pas oublier de lui signaler les événements importants depuis la dernière consultation.

L'évaluation régulière de l'activité de votre maladie est un élément important de votre suivi afin de mieux contrôler votre maladie, l'objectif à atteindre est obtenir ce que l'on appelle le contrôle serré de votre polyarthrite rhumatoïde, c'est-à-dire l'absence de symptômes que l'on appelle la rémission clinique, ou l'activité la plus faible de la maladie.

Nous vous proposons de mieux préparer vos consultations de suivi de votre traitement par anti-TNF α et de vous aider à évaluer régulièrement et objectivement votre rhumatisme.

Grâce à ce carnet, vous pourrez noter les injections de votre traitement et suivre très facilement l'évolution de votre maladie, votre santé physique et psychologique sous la forme d'un graphique analysable en un seul coup d'œil.

Il vous permettra également d'aborder avec votre médecin certains sujets, comme votre vie sociale, affective, votre équilibre psychologique...

Pour construire ce carnet, nous sommes partis de vos attentes (en organisant des réunions avec des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde), mais aussi des attentes des rhumatologues.

Ce carnet a pour but de faciliter le suivi et la gestion de votre rhumatisme et nous vous proposons de l'utiliser en vous appropriant au quotidien les différents items proposés.

DR LAURENT GRANGE

Président de l'AFLAR

Clinique Universitaire de Rhumatologie
Hôpital Sud – CHU Grenoble



Ma maladie et ma vie médicale

Il est utile pour votre médecin et votre équipe soignante de pouvoir, d'un coup d'œil, avoir une vision de votre historique de santé, que cela concerne votre maladie rhumatologique ou tous vos autres antécédents.

Date d'apparition de mes premiers symptômes de polyarthrite rhumatoïde

Date du diagnostic

Mes autres maladies

.....

.....

.....

.....

.....

Depuis quand?

Depuis quand?

Depuis quand?

Depuis quand?

Depuis quand?

Mes interventions chirurgicales

.....

.....

.....

.....

.....

Quand?

Quand?

Quand?

Quand?

Quand?

Mes allergies

.....

.....

.....

.....

.....



Mes professionnels de santé

Médecin traitant/Généraliste

Nom :

Coordonnées :

.....

.....

Pharmacie

Nom :

Coordonnées :

.....

.....

Infirmière

Nom :

Coordonnées :

.....

.....

Autre :

Nom :

Coordonnées :

.....

.....

Autre :

Nom :

Coordonnées :

.....

.....

Autre :

Nom :

Coordonnées :

.....

.....

Références des sites Internet Santé qui m'intéressent :

Site :

Site :

Site :

Site :

Site :

Site :



Mes traitements

Pour avoir d'un coup d'œil l'historique de votre prise en charge thérapeutique.

Mes traitements

Douleur (antalgiques)

.....

Date de début

Date de fin

.....

Date de début

Date de fin

.....

Date de début

Date de fin

Inflammation (anti-inflammatoires) : AINS/Corticoïdes

.....

Date de début

Dose:

Date de fin

.....

Date de début

Dose:

Date de fin

.....

Date de début

Dose:

Date de fin

Traitements de fond (DMARDS)

DMARDS : Disease-Modifying Antirheumatic Drugs*

.....

Date de début

Date de fin

.....

Date de début

Date de fin

.....

Date de début

Date de fin

.....

Date de début

Date de fin

.....

Date de début

Date de fin

.....

Date de début

Date de fin

Biothérapie

.....

Date de début

Date de fin

.....

Date de début

Date de fin

.....

Date de début

Date de fin

.....

Date de début

Date de fin

.....

Date de début

Date de fin

.....

Date de début

Date de fin

Mes autres traitements (autres maladies)

.....

Date de début

Date de fin

.....

Date de début

Date de fin

.....

Date de début

Date de fin

.....

Date de début

Date de fin

.....

Date de début

Date de fin

.....

Date de début

Date de fin

* Anti-rhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM)












Mes injections

Les injections doivent être réalisées avec une périodicité fixe. Mais il arrive parfois que le calendrier prévu ne soit pas respecté (oubli, impossibilité, problème médical...). Il est important que votre médecin puisse le visualiser.

Date de l'injection	Site de l'injection (si sous-cutanée)	Commentaires
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	

À RETENIR

- Vérifier l'absence de fièvre, infection ou chirurgie programmée
- Vérifier l'intégrité de l'emballage, la date de péremption, la limpidité du produit
- Choisir le site d'injection (ventre, cuisse) et vérifier qu'il soit sain et sans lésions









Date de l'injection	Site de l'injection (si sous-cutanée)	Commentaires
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	



Date de mon renouvellement de prescription: _____










Dates de mes renouvellements à la pharmacie :



Date de l'injection	Site de l'injection (si sous-cutanée)	Commentaires
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	

À RETENIR

- Vérifier l'absence de fièvre, infection ou chirurgie programmée
- Vérifier l'intégrité de l'emballage, la date de péremption, la limpidité du produit
- Choisir le site d'injection (ventre, cuisse) et vérifier qu'il soit sain et sans lésions







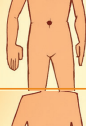


Date de l'injection	Site de l'injection (si sous-cutanée)	Commentaires
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	



Date de mon renouvellement de prescription: _____









Dates de mes renouvellements à la pharmacie :



Date de l'injection	Site de l'injection (si sous-cutanée)	Commentaires
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	

À RETENIR

- Vérifier l'absence de fièvre, infection ou chirurgie programmée
- Vérifier l'intégrité de l'emballage, la date de péremption, la limpidité du produit
- Choisir le site d'injection (ventre, cuisse) et vérifier qu'il soit sain et sans lésions

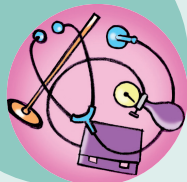
Date de l'injection	Site de l'injection (si sous-cutanée)	Commentaires
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	
<input type="checkbox"/> Date prévue _____ <input type="checkbox"/> Date réelle _____	



Date de mon renouvellement de prescription: _____

Dates de mes renouvellements à la pharmacie :





Ma santé : autres événements

Il est important pour votre équipe médicale de connaître votre état de santé en dehors de votre polyarthrite rhumatoïde

■ Date : Professionnel de santé :

■ Ce qui s'est passé :

.....

■ Les examens réalisés :

.....

■ La décision/conclusion :

.....

■ Date : Professionnel de santé :

■ Ce qui s'est passé :

.....

■ Les examens réalisés :

.....

■ La décision/conclusion :

.....

■ Date : Professionnel de santé :

■ Ce qui s'est passé :

.....

■ Les examens réalisés :

.....

■ La décision/conclusion :

.....

■ Date : Professionnel de santé :

■ Ce qui s'est passé :

.....

■ Les examens réalisés :

.....

■ La décision/conclusion :

.....

■ Date : Professionnel de santé :

■ Ce qui s'est passé :

.....

■ Les examens réalisés :

.....

■ La décision/conclusion :

.....

■ Date : Professionnel de santé :

■ Ce qui s'est passé :

.....

■ Les examens réalisés :

.....

■ La décision/conclusion :

.....



Mon suivi

Tout ce que je vais avoir à faire dans l'année pour un suivi optimal

Vous avez un traitement qui nécessite une surveillance organisée avec votre médecin.

Cette page lui permettra de suivre vos vaccinations ainsi que vos consultations.

Mes vaccins

	Date de mon vaccin	Date de mon prochain rappel
Grippe ⁽¹⁾ (tous les ans)	_____	_____
Pneumocoque * ⁽¹⁾	_____	_____
DT Polio ⁽¹⁾ (tous les 10 ans)	_____	_____
Autres		
■	_____	_____
■	_____	_____
■	_____	_____
■	_____	_____

Les vaccins contre-indiqués lorsqu'on est sous traitement anti-TNF, corticoïdes ou immunosuppresseurs, sont les vaccins « vivants atténués », tels que le vaccin contre la fièvre jaune, contre la tuberculose (BCG), contre la rougeole-oreillons-rubéole (ROR), contre la varicelle et contre le rotavirus⁽¹⁾.

Dépistage de la tuberculose

	Date	Résultat
	_____

Mes prises de sang

	Date	Commentaires
	_____
	_____
	_____
	_____

Pensez à amener vos anciens résultats lors de chaque consultation.

* Votre médecin vous l'indiquera selon votre statut vaccinal.

1. HCSP. Recommandations. Vaccination des personnes immunodéprimées ou aspléniques. Décembre 2014

Mes imageries

Date

Radios/Scanner/Échographies/IRM

■	_____
■	_____
■	_____
■	_____
■	_____
■	_____
■	_____
■	_____
■	_____
■	_____

Mes consultations, mes investigations spécifiques

Date

Rhumatologie

■	_____
■	_____
■	_____
■	_____

Gynécologie

■	_____
■	_____
■	_____
■	_____

Dentiste

■	_____
■	_____
■	_____
■	_____

Dermatologie

■	_____
■	_____
■	_____
■	_____

Autres

■	_____
■	_____
■	_____
■	_____



© Éditions Scientifiques L&C SAS
1, rue de l'Épinière – 17380 Les Nouillers (France)

Directeur des publications : Dr Pierric Couturier
Coordination et suivi technique : Sophie Petit
Conception graphique, mise en pages : Jacques Michel

Imprimé en UE – FR-IMM-210025-05/2021

ISBN : 978-2-35447-264-1

